DE

LA COMPRESSION DE L'AORTE

DANS

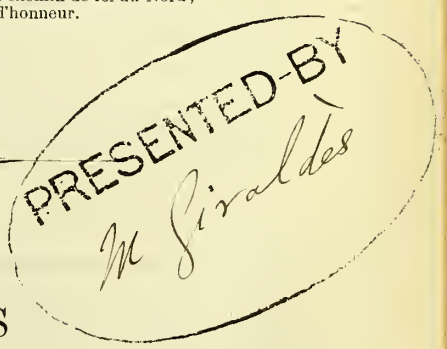
LES HÉMORRHAGIES GRAVES

APRÈS L'ACCOUCHEMENT

PAR

LE DOCTEUR LÉON GROS

Ancien interne des hôpitaux de Strasbourg
Lauréat de l'Académie de médecine (prix Civrieux 1859);
Membre de la Société médicale des hôpitaux de Paris, de la Société de médecine légale de France;
Vice-président de la Société médicale du 9me arrondissement;
Ancien secrétaire général, ancien président, ex-membre de la Société de médecine de Paris;
Vice-président honoraire de la Société médicale du Haut-Rhin;
Membre correspondant
de l'Académie de médecine de Moscou, de l'Académie des lettres, sciences et arts de Caen, des Sociétés de médecine de Strasbourg, de Genève, d'Alger, du département du Nord, d'Amiens, de Marseille;
Ancien médecin en chef de l'hôpital de Sainte-Marie-aux-Mines;
Médecin en chef de la Compagnie du chemin de fer du Nord;
Officier de la Légion d'honneur.



PARIS

LIBRAIRIE OCTAVE DOIN

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 2, RUE ANTOINE-DUBOIS

1875

Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b22350494

DE

LA COMPRESSION DE L'AORTE

DANS

LES HÉMORRHAGIES GRAVES

APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Avant d'entreprendre un travail sur un sujet quelconque, il y a lieu de se demander s'il y a réellement opportunité à traiter ce sujet, si son importance est bien réelle et s'il n'est pas déjà suffisamment connu par des travaux antérieurs. Toutes ces questions, je me les suis posées au sujet du travail que je livre aujourd'hui à la publicité, et j'ai dû répondre aux premières par l'affirmative et par la négative pour la dernière question.

Certes, la compression de l'aorte et les immenses services qu'elle rend aux accoucheurs sont bien connus d'un grand nombre de praticiens ; cette compression est, je me plais à le croire, couramment appliquée par la plupart d'entre eux. J'ai cependant été frappé du peu de cas que paraissent en faire plusieurs ouvrages réputés classiques ; des objections, assez mal fondées, qui lui ont été opposées, enfin du silence que gardent sur ce point, si important et si éminemment pratique, les auteurs d'articles de journaux, discutant à perte de vue sur l'utilité ou les dangers de tels ou tels moyens hémostatiques.

Ainsi, par exemple, l'excellent et savant *Traité d'accouchements* du docteur Jacquemier repousse complétement la compression de l'aorte et va même jusqu'à la considérer comme nuisible. Renouvelant des objections déjà faites à Baudelocque, M. Jacquemier soutient que le sang qui s'écoule dans les hémorrhagies puerpérales provient en grande partie des veines et que la compression de l'aorte ne peut que favoriser le reflux du sang veineux dans la veine cave et les branches qui y aboutissent, et par conséquent

augmenter la perte au lieu de l'arrêter. Cette opinion est, en premier lieu, complétement en désaccord avec les faits, car le fait que la compression de l'aorte arrête les hémorrhagies utérines est trop patent, trop évident pour pouvoir être mis en doute ; puis, comme le fait observer Cazeaux, en comprimant l'aorte, on comprime nécessairement la veine cave qui lui est accolée, ce qui expliquerait peut-être en partie les bons effets du procédé. On sait, en effet, que lorsque, pour un motif ou pour un autre, on tient à ne pas comprimer la veine cave, on n'y parvient pas toujours facilement.

C'est ainsi encore que dans l'ouvrage, classique en Allemagne, de Nægele et Grenser, traduit en français par Aubenas en 1869, sur la *sixième* édition, voici la seule mention qui soit faite de la compression de l'aorte, et encore est-ce une note intercalée par le traducteur (p. 625) :

« La compression de l'aorte abdominale (préconisée par Ploucquet, Ulsamer, Siebold, Seutin, Baudelocque, Chailly-Honoré et dans ces derniers temps par beaucoup d'accoucheurs français) arrête d'abord l'hémorrhagie, mais ne possède pas une action durable et entraîne facilement des accidents par suite de la stase du sang dans le cœur et les poumons. »

Dans ces derniers mois, les journaux de médecine anglais, en particulier le *British Medical Journal*, contenaient une polémique des plus vives entre plusieurs accoucheurs anglais, en particulier entre MM. Barnes, Snow, Duncan sur l'utilité des injections *intra-utérines* de perchlorure de fer contre l'hémorrhagie postpuerpérale. Fortement vantées par les uns, ces injections sont considérées par les autres comme présentant des dangers très-grands et ayant plusieurs fois causé la mort des malades. Eh bien, dans toute cette polémique, on parle d'une foule de moyens usités contre l'hémorrhagie puerpérale, et je n'y ai pas rencontré une simple mention de la compression aortique.

Enfin, il suffirait de lire les lignes suivantes, traduites du *British Medical Journal* du 10 janvier 1874, pour reconnaître que, comme je le prétends, la compression aortique n'est pas encore généralement appréciée, qu'on n'y a pas suffisamment recours et que, par conséquent, il n'est pas inutile de revenir à la charge pour rappeler son incontestable utilité et pour publier des faits qui en témoignent.

Après avoir relaté un cas d'hémorrhagie puerpérale guérie par

l'introduction d'un morceau de glace dans l'utérus, M. G.-M. Thompson continue ainsi :

« Dans le cours d'une assez vaste pratique de près de cinquante ans, je puis déclarer n'avoir jamais perdu d'accouchée de ma clientèle d'hémorrhagie puerpérale, quoique j'en aie vu deux ou trois cas mortels comme médecin consultant. Ma méthode invariable consiste à vider la matrice et à l'exciter à l'intérieur avec la main droite, tandis qu'en même temps, j'empoigne et je pétris la matrice avec la main gauche. Si le temps le permet, je plonge de temps à autre ma main dans un seau d'eau très-froide. Ce moyen n'a jamais manqué de réveiller la contraction de la matrice (excepté dans le cas cité plus haut) ; mais, pour éviter que la matrice ne se relâche de nouveau, il faut quelquefois continuer à la malaxer pendant une heure jusqu'à ce que la malade soit assez bien pour qu'on puisse appliquer un bandage de corps. Ceux qui ont passé par là et ont éprouvé la fatigue d'être pendant si longtemps penché sur la malade et pétrissant l'utérus ne seront pas fâchés de voir substituer un autre mode de traitement à celui-là. Je puis leur en indiquer un.

« Je fus appelé subitement pour un cas d'hémorrhagie tandis que j'avais en mains le petit appareil électrique de Salmon et Ody. Je le mis en poche, et après avoir rappelé la contraction utérine, j'appliquai le tampon plat sur l'utérus et l'autre sur l'épine dorsale. Le résultat fut excellent, au grand ébahissement des femmes présentes, auxquelles je cachai la véritable nature du remède ; mais il mérite réellement d'être expérimenté (1). »

Ces citations, et je pourrais en faire bien d'autres, me paraissent suffisantes pour affirmer que la compression de l'aorte n'est pas assez vulgarisée et qu'il y a opportunité à en proclamer les bienfaits, à en faire ressortir les avantages, à la faire mieux connaître et apprécier, quand, comme moi, on est convaincu que c'est à cette manœuvre si simple que l'on doit le salut d'un certain nombre d'accouchées (2).

(1) Bourgeois (de Saint-Denis) avait déjà conseillé l'acupuncture et l'électropuncture, dans une communication faite à l'Académie de médecine le 26 février 1828. En cas d'insuccès il propose d'avoir recours à la transfusion.

(2) Dans le *Brit. med. Journal* du 5 septembre 1874, je trouve deux observations du docteur Swain dans lesquelles l'injection de perchlorure de fer paraît avoir sauvé la femme qui se mourait d'hémorrhagie puerpérale. Avant d'en arriver à cette opération, le praticien avait essayé plusieurs

C'est le 8 septembre 1828 que Baudelocque neveu fit, à l'Académie des sciences, la proposition d'arrêter les pertes de sang qui peuvent survenir après l'accouchement *en comprimant l'aorte à travers les parois du ventre.* Cette idée, dit-il, lui est venue en 1827, en voyant mourir une femme d'hémorrhagie alors qu'il avait épuisé tous les moyens connus jusqu'alors, et en songeant que, dans un cas analogue, un chirurgien comprimerait l'artère principale du membre qu'il ampute. Dans cette lettre du 8 septembre, Baudelocque déclare que la compression de l'aorte est praticable chez les femmes à grand embonpoint comme chez les femmes maigres.

Il n'ignore pas que cette compression n'a pas pour effet de contracter l'utérus et par conséquent d'arrêter pour jamais les flots de sang que cet organe vomit après l'accouchement quand il est frappé d'inertie ; elle ne *remplace* donc pas les autres moyens préconisés de tous temps et que le praticien doit connaître et employer sans délai ; elle a uniquement pour effet de *suspendre* la perte de sang, de donner, au praticien, le temps d'employer les autres moyens hémostatiques, et ,à ces moyens, le temps d'agir.

Baudelocque ne croit pas à la réalité des faits avancés par Tréhan, qui, en réclamant la priorité de l'idée de la compression de l'aorte, prétend avoir arrêté définitivement des pertes de sang par la seule et unique compression de l'aorte, et cela dans l'espace de quatre à sept minutes.

L'expérience lui a au contraire prouvé que, dès qu'on suspend la compression de l'aorte, le sang s'échappe de nouveau en nappe des parties génitales de la femme; il faudrait que la compression fût prolongée longtemps pour qu'elle pût, *à elle seule*, arrêter une perte de sang.

Des objections, plus théoriques que pratiques, dit Baudelocque, sont dirigées contre cette compression. On avance qu'elle doit produire une congestion sanguine du cœur, des gros vaisseaux et des poumons, une péritonite ; qu'on comprime en même temps la veine cave inférieure et qu'il doit en résulter une perte veineuse ; toutes ces objections tombent devant les faits.

moyens, mais il n'avait pas songé à la compression de l'aorte, et cependant il ajoute : *Je crois avoir tenté tous les moyens connus pour arrêter une hémorrhagie, excepté le galvanisme.*

On pourrait conclure de ce fait que la compression aortique est *complétement inconnue* en Angleterre.

Baudelocque reconnaît encore un autre avantage à la compression aortique : c'est de restreindre considérablement l'emploi des moyens violents préconisés par un grand nombre d'auteurs, tels que les affusions froides, les douches d'eau glacée proposées par Desgranges de Lyon, les injections froides ou glacées, avec ou sans acides, dans la cavité utérine, l'introduction d'un citron décortiqué recommandée par Evrat, enfin le massage de l'utérus, moyens qui, suivant Baudelocque, produisent facilement l'inflammation et la suppuration des veines.

Quand la perte précède la délivrance, lorsqu'il y a rétention du placenta par adhérence, Baudelocque décolle le placenta d'une main, tandis que de l'autre il comprime l'aorte (1). En même temps, il administre le seigle ergoté. Quand la femme est très-affaiblie, il donne également du vin d'Espagne, et, en lavements, du vin ou du bouillon.

Le seigle ergoté, dit Baudelocque, est indispensable comme *moyen secondaire* pour arrêter les pertes de sang foudroyantes, mais la *première* indication est de suspendre *mécaniquement* la perte et de rendre des forces à la femme le plus rapidement possible. Rien ne remplit mieux cette indication que la compression de l'aorte.

Cette importante communication de Baudelocque se terminait par les conclusions suivantes :

« La compression de l'aorte faite momentanément avec les doigts convient :

« 1° Dans toutes les pertes utérines, mais jamais autrement que comme premier moyen, qu'il faut faire suivre, si la perte est foudroyante, de l'administration du seigle ergoté ;

« 2° Dans l'hémorrhagie utérine qui précède et accompagne l'expulsion de la môle ;

« 3° Dans le renversement de l'utérus, qui toujours est accom-

(1) C'est aussi la conduite qu'a conseillée M. Stoltz dans sa remarquable thèse sur la délivrance (Strasbourg, 1834).

Il dit, en effet, à la page 41 : « Il n'y a qu'un seul moyen à employer dans ce cas (hémorrhagie externe ou interne grave avant la délivrance) : c'est l'extraction de l'arrière-faix. Il faut vider la matrice afin qu'elle puisse se contracter. Tout autre hémostatique interne ou externe serait inutile ou du moins insuffisant.

« Si la contraction spasmodique du col s'opposait à l'introduction de la main, j'exercerais une compression sur l'utérus, je comprimerais l'aorte ventrale et, s'il le fallait, j'appliquerais le tampon. »

*

pagné d'une perte souvent foudroyante. On comprime l'aorte de l'une et l'autre main, puis on réduit l'utérus renversé ;

« 4° Dans la perte de sang qui suit la rupture de l'utérus ;

« 5° La compression longtemps prolongée de l'aorte convient toutes les fois que la femme en couches est épuisée par la perte de sang, dans la rupture des parois du vagin, etc... »

Baudelocque, du reste, ne réclame que la priorité de la compression de l'aorte *en France*. Il reconnaît qu'Ulsamer de Wurtzbourg avait proposé cette même compression de l'aorte à travers les parois abdominales d'une manière très-nette dès 1825.

J'ai, en effet, trouvé dans le *Journal für Geburtshülfe*, publié par Siebold, au tome VI, p. 684 (1826), l'analyse d'un article *sur les hémorrhagies utérines de cause traumatique avant et après l'accouchement, et en particulier sur leur traitement le plus efficace*, publié par Ulsamer dans le premier volume des *Beitræge zur Natur und Heilkunde* (Wurtzbourg, 1825). Cette analyse est faite par Siebold lui-même. En voici quelques passages que les lecteurs français liront sans doute avec intérêt, car je ne sache pas que ce travail ait jamais été traduit :

« Sous le nom d'*hémorrhagies utérines de cause traumatique*, Ulsamer entend avec raison celles qui proviennent d'un traumatisme de la face interne de l'utérus.

« Après avoir rappelé ce que l'on sait du mécanisme de ce traumatisme, il constate que, malgré tous les moyens dynamiques et chirurgicaux recommandés jusqu'à ce jour, il est des cas assez fréquents dans lesquels on n'a pu réussir à arrêter l'hémorrhagie. Il trouve insuffisant le procédé de Saxtorph, qui consiste à comprimer doucement l'abdomen avec la main ; il considère comme peu praticable le procédé de Ploucquet, qui consiste à comprimer l'aorte descendante avec la main introduite *dans* la matrice dilatée, et il termine en proposant une méthode nouvelle à laquelle l'ont conduit ses recherches sur l'auscultation des femmes enceintes et qui lui a déjà réussi dans plusieurs cas.

« Pendant la grossesse, dit Ulsamer, les intestins sont tellement refoulés vers le diaphragme par le développement de l'utérus qu'ils restent dans cette position encore pendant plusieurs heures, voire même plusieurs jours après l'accouchement, surtout quand la femme est accouchée en position horizontale, et cela, malgré le retrait de l'utérus et son séjour dans le petit bassin. Il existe donc, entre le fond de l'utérus et les intestins, un espace

vide à travers lequel il est extrêmement facile de déprimer la paroi abdominale distendue jusque sur l'aorte abdominale et de comprimer celle-ci sur la quatrième vertèbre lombaire.

« Voici comment on peut le plus facilement exercer cette compression : la malade est étendue les reins un peu relevés et les cuisses un peu fléchies. De la main (la droite de préférence) on cherche le fond de la matrice à travers la paroi abdominale dans le voisinage de l'ombilic et on enfonce la main dans la direction de la colonne vertébrale et à angle droit avec elle. Dès que le médius et l'indicateur ont touché cette colonne, ils y sentent distinctement les pulsations de l'aorte, qu'il est alors facile de comprimer à volonté soit en entier, soit partiellement ; et comme l'aorte est située plutôt à gauche de la colonne vertébrale, elle se trouve précisément placée dans l'angle formé par l'inégalité de longueur des doigts index et médius de la main droite, ce qui rend la compression d'autant plus facile. »

Siebold ajoute :

« Il n'est pas douteux que ce procédé, facile à exécuter et exempt de danger, ne doive être essayé dans tous les cas. L'expérience nous apprendra plus tard quelles sont sa valeur réelle et son efficacité. »

Deux ans plus tard, Siebold était fixé sur ce point, car en 1828 (page 419 de son journal) il écrivait :

« J'ai cru à la possibilité de la compression de l'aorte, mais je pensais jusqu'ici qu'on ne pouvait pas avoir une confiance absolue dans ce moyen, qu'on devait craindre un retour de l'hémorrhagie, que, même en admettant que la compression aortique arrête l'hémorrhagie, elle pouvait provoquer des congestions dangereuses vers les organes situés au-dessus du diaphragme.

« Mais, depuis deux ans, je me suis convaincu du contraire et j'emploie la compression de l'aorte à travers les parois du ventre avec le plus grand succès, tant à la Clinique d'accouchements que dans ma pratique civile et à la Policlinique. Seulement je me suis convaincu qu'il ne faut pas se presser de cesser la compression et qu'il faut la continuer jusqu'à ce que la matrice ait repris toute sa contractilité, que le pouls se soit relevé et que le cours du sang soit parfaitement régulier. »

A la page suivante se trouve un article du docteur Eichelberg (de Wesel), qui préconise la compression de l'aorte à travers la paroi *postérieure* de l'utérus avec la main introduite dans cet or-

gane. Ce procédé, suivant l'auteur, aurait l'avantage de faire connaître très-exactement le degré d'inertie ou de contractilité de l'utérus. Il en vante également l'instantanéité d'action. Il est certain que la plupart des autres moyens préconisés demandent toujours un certain temps pour être mis en usage, et qu'à l'exception de l'eau froide, du vinaigre et peut-être encore de l'eau-de-vie, il peut se passer un laps de temps souvent fort long avant que l'on puisse se procurer les objets et médicaments que l'on veut mettre en usage. Chacun sait d'ailleurs qu'un accoucheur prudent ne se trouve jamais dépourvu de seigle ergoté fraîchement concassé, afin d'être armé en cas de nécessité et sans perte de temps. L'avantage qu'Eichelberg reconnaît à son procédé, l'instantanéité, existe d'ailleurs également pour la compression à travers les parois abdominales.

Il est probable que, lorsqu'il a publié l'article en question, Eichelberg ne connaissait pas le travail d'Ulsamer, paru deux ans auparavant. Son procédé avait du reste déjà été mis en avant par Baer, par Ploucquet, et abandonné comme dangereux, puisqu'il s'oppose au retrait de la matrice, premier et principal but à atteindre dans le cas d'inertie utérine.

Dans le *Dictionnaire* en trente volumes, à l'article Métrorrhagie, de Désormeaux (t. XIX, p. 678), paru en 1839, nous lisons la note suivante de Paul Dubois :

« On a conseillé d'arrêter l'écoulement du sang en comprimant les vaisseaux utérins ou le tronc principal d'où ils émanent, c'est-à-dire l'aorte. Plusieurs procédés ont été indiqués. Les uns ont voulu qu'un bandage compressif fortement serré fût appliqué sur la région hypogastrique... D'autres ont conseillé d'introduire une main dans la cavité utérine et de l'appliquer directement sur les orifices vasculaires ouverts, qui répondent à l'endroit où était inséré le placenta...

« La compression de l'aorte, indiquée il y a longtemps, a été surtout préconisée depuis quelques années ; on a pensé qu'elle pouvait être pratiquée de plusieurs manières. Les uns, Saxtorph en particulier, ont conseillé de comprimer l'aorte en introduisant une main dans la cavité de l'utérus même, et en pressant ce vaisseau à travers la paroi postérieure de l'organe sur la région lombaire. D'autres enfin exercent cette compression au-dessus de l'utérus, à travers les parois abdominales, assez flasques après l'accouchement pour rendre cette opération plus facile. C'est ce

dernier procédé qui mérite surtout notre attention, les autres devant être abandonnés soit à cause des difficultés d'exécution qu'ils offrent, soit à cause des inconvénients attachés à leur emploi...

« La compression de l'aorte à travers les parois abdominales s'exerce soit avec le pouce, ainsi que le veut M. Tréhan, soit avec plusieurs doigts, comme le prescrit M. Ulsamer. Siebold conseille de la faire avec le poing appuyé un peu à gauche du rachis. Ce dernier conseil nous paraît moins facile à suivre que les deux précédents. Quel que soit du reste celui de ces moyens auquel on a recours, il est bon, quand on veut parvenir à l'aorte, d'écarter autant que cela est possible les intestins, afin de ne pas les exposer à une pression douloureuse et nuisible. Il ne serait pas moins utile d'éviter de comprendre l'aorte et la veine cave inférieure dans l'action compressive qu'on exerce, car, s'il importe d'empêcher l'arrivée du sang à l'utérus, il n'importe pas moins de ne pas s'opposer à son retour vers les parties supérieures par les troncs veineux abdominaux. Mais cette précaution ne laisse pas que d'offrir d'assez grandes difficultés dans son application à cause du rapprochement des deux vaisseaux.

« La compression de l'aorte doit être continuée pendant une heure ou deux, après lesquelles on la suspend par degrés en s'assurant que l'hémorrhagie ne reparaît pas.

« M. A. Baudelocque, qui a été dans ces dernières années un des principaux partisans de ce procédé, a cité quelques cas dans lesquels son emploi aurait été suivi d'un succès incontestable, et pour le rendre plus certain encore, il a voulu que la compression de l'aorte fût combinée avec l'emploi du seigle ergoté, afin que l'effet plus prompt de la première pût remédier d'abord au danger pressant de l'hémorrhagie et permît d'attendre l'effet un peu plus tardif de l'administration du seigle ergoté. Nous pensons qu'il serait en effet fort convenable d'associer ces deux moyens curatifs. »

Cette citation, un peu longue peut-être, mais importante selon moi, nous prouve que la compression de l'aorte a rencontré peu d'enthousiasme et qu'elle a mis du temps à se faire adopter, puisque Paul Dubois en parlait encore avec ce ton dubitatif *dix ans* après la communication de Baudelocque à l'Académie des sciences.

Une preuve encore de la lenteur avec laquelle la compression

de l'aorte fut acceptée par les praticiens, je la trouve dans le tome XI du *Bulletin de Thérapeutique*. A la page 179, après avoir relaté un cas d'hémorrhagie grave guérie après mille peines par l'application d'un bandage de corps très-serré, au-dessous duquel il avait placé des compresses *en forme de coin*, Ratier dit :

« A cette époque, je ne songeai pas à la compression de l'aorte ventrale, non plus que M. Thierry ; nous ne pensâmes l'un et l'autre qu'à comprimer la surface d'où s'écoulait le sang. Cependant, lorsque j'y réfléchis maintenant et que je me représente le bandage que je construisis dans cette occasion, il me paraît bien probable que la compression de l'aorte sur la saillie sacro-vertébrale a dû être la cause qui a fait cesser l'hémorrhagie. Peut-être pourrait-on penser également que, dans plusieurs cas, le tamponnement recommandé par les auteurs, et pratiqué avec succès, a opéré de la même manière. »

Cependant, en 1829 déjà, en rendant compte à la Société de médecine de Paris du travail de Tréhan, Emery disait :

« M. Tréhan vient de proposer un moyen qui demande à être essayé dans les hémorrhagies foudroyantes qui succèdent quelquefois aux accouchements les plus naturels. Il conseille de comprimer l'aorte abdominale sur la colonne vertébrale. Il rapporte plusieurs cas dans lesquels il a été assez heureux pour arrêter des pertes effrayantes par l'emploi de ce moyen. *On ne voit pas pourquoi l'on ne réussirait pas dans ce cas à arrêter une hémorrhagie par la compression de l'artère principale, sans qu'il en résultât des accidents plus graves dans ce cas que dans d'autres. On est même étonné, quand on y réfléchit, que cette idée ne soit pas venue à la pensée des accoucheurs depuis longtemps.* (*Journal général de médecine*, t. CIX, p. 243.)

En 1840 (*Bulletin de Thérapeutique*, t. XIX, p. 212), Piedagnel publiait trois observations d'hémorrhagies utérines des plus graves où la mort n'avait été évitée que par la compression de l'aorte alors que tous les autres moyens avaient échoué. Il est vrai de dire que Piedagnel ne crut pas devoir se servir du seigle ergoté, qui, cependant, était connu depuis longtemps déjà et dont Guillemot, en particulier, avait démontré l'efficacité (*Archives de médecine*, t. XX, p. 63). En lisant le travail de Piedagnel, on ne s'explique pas cet oubli.

En 1845, M. Scutin entretenait l'Académie de médecine de Belgique de la compression de l'aorte. Pour lui, ce moyen métho-

diquement employé constitue le procédé le plus sûr, le plus prompt et le plus facile pour suspendre immédiatement l'hémorrhagie utérine la plus grave. Il indique avec les plus grands détails la manière de pratiquer cette compression.

« On a ainsi, dit M. Seutin, conjuré l'orage, soustrait la mère à un danger pressant, et permis aux moyens propres à prévenir le retour de l'hémorrhagie, de produire leur effet, rien ne s'opposant du reste à leur administration. »

M. Seutin assure aussi que dans bien des cas on aura pu se dispenser de recourir aux moyens adjuvants et éviter les dangers des lotions, des injections, des fomentations froides, des styptiques, etc.

M. Seutin rapporte ensuite l'opinion de Vial (de Saint-Etienne), qui considère la compression de l'aorte comme *indispensable* pour prévenir le retour d'une syncope mortelle, presque toujours inséparable d'une perte trop abondante ; cette compression doit être maintenue d'une manière permanente, faite immédiatement et continuée après la délivrance jusqu'à ce que les accidents aient complétement disparu et que les forces soient suffisamment revenues, non-seulement dans le but d'arrêter l'hémorrhagie, mais encore pour empêcher le sang d'arriver dans la moitié inférieure du corps et pour le retenir dans sa moitié supérieure. En terminant son travail, M. Seutin adjure les praticiens et les sages-femmes de faire bien méthodiquement usage de ce mode puissant et simple d'hémostasie afin de soustraire à une mort imminente les accouchées frappées de métrorrhagie foudroyante. (*Archives de la médecine belge*, janvier 1845, et *Bulletin de Thérapeutique*, t. XXVIII, p. 230.)

Mais c'est surtout dans les écrits de Chailly-Honoré, et plus tard de Cazeaux, que justice entière est rendue à la compression de l'aorte, et ce sont certainement les traités très-répandus et très-classiques de ces deux auteurs qui ont le plus contribué à la vulgarisation, trop incomplète encore, de cette manœuvre obstétricale, en appréciant mieux et plus complétement que leurs devanciers les services que la compression de l'aorte est appelée à rendre entre des mains intelligentes.

Le *Traité d'accouchements* de Chailly-Honoré, dont la première édition remonte, je crois, à 1841, appelle déjà l'attention des accoucheurs sur les avantages de cette manœuvre si facile et dont les résultats sont si instantanés. Dans sa seconde édition (de 1845),

nous lisons les préceptes suivants pour les cas d'hémorrhagie puerpérale (p. 736) :

« Pendant que l'accoucheur fera des frictions sur l'hypogastre, il fera administrer à la malade 1 gramme de seigle ergoté dans une petite quantité d'eau fraîche. En même temps, il fera placer par des aides des compresses froides sur les jambes et les cuisses ; et si les frictions sont insuffisantes pour ranimer la rétraction utérine, il n'attend pas l'action du seigle ergoté, mais immédiatement il fait pénétrer à travers les parois abdominales l'extrémité des doigts réunis d'une main jusque sur l'artère aorte avant sa bifurcation, et il exerce ainsi, à l'aide de cette main, comprimée aussi par l'autre main superposée, une compression à laquelle il est bien rare qu'une hémorrhagie utérine puisse résister quand cette compression est bien faite.

« Ce moyen, que nous devons à M. Baudelocque neveu, qu'il l'ait inventé ou non, est encore une des plus précieuses découvertes dont l'art obstétrical se soit enrichi.

« M. d'Ornelas a cité tout récemment dans sa thèse plusieurs cas de succès obtenus par ce moyen (1).

« Mon père l'a pratiqué une fois avec un plein succès, et moi-même je lui dois cinq succès.

« L'effet produit par ce moyen est si manifeste, qu'on voit immédiatement l'écoulement du sang s'arrêter, et si, par un mouvement de la malade, l'aorte échappe à la compression, ou si les mains fatiguées cessent de comprimer l'artère, le sang recommence instantanément à s'écouler.

« Cette compression n'est pas un moyen curatif ; elle permet de gagner du temps, circonstance très-précieuse dans un accident si grave par sa rapidité. Aussi, pendant qu'on exerce cette compression et qu'on arrête la perte, on presse avec activité l'administration des autres moyens qui peuvent l'arrêter définitivement, et on leur donne le temps d'agir. On peut administrer une ou deux injections fraîches dans le rectum, ou faire prendre 2 ou 3 grammes de seigle ergoté en deux ou trois fractions ; on fait renouveler incessamment les compresses froides des jambes et des cuisses et on emploie un autre aide à frictionner continuellement l'utérus. Cette compression de l'aorte sera d'autant plus facile que

(1) Malgré toutes mes démarches, il m'a été impossible de me procurer cette thèse, et je n'en ai trouvé mention dans aucun des journaux de médecine de cette époque.

le sujet aura moins d'embonpoint ; mais, même dans le cas où la femme est très-grasse, elle peut être pratiquée avec facilité et succès. En effet, immédiatement après l'issue du produit, l'utérus est abaissé et il existe un espace libre entre le fond de cet organe et les intestins, qui, refoulés depuis plusieurs mois à la partie supérieure de l'abdomen, ne viennent pas immédiatement après l'accouchement reprendre la place qu'ils occupaient avant la grossesse. C'est dans cet espace que la main plonge avec facilité. Cette compression est du reste extrêmement fatigante à exercer et l'on est quelquefois obligé de se faire suppléer. »

Plus tard, Chailly revient encore à la charge en présentant à l'Académie de médecine, dans sa séance du 22 avril 1851, un mémoire sur le même sujet, dans lequel il relate dix-huit cas d'hémorrhagie utérine traitée par la compression de l'aorte. Dans un seul cas, la compression, faite chez une femme anémique, n'a pas empêché la mort, bien que, depuis la compression, elle eût perdu à peine quelques gouttes de sang. Mais cette femme était épuisée par des pertes sanguines qui duraient depuis plusieurs mois.

La communication de Chailly à l'Académie de médecine a été insérée *in extenso* dans l'*Union médicale* des 10 et 12 juin 1851. Nous y lisons :

« Depuis 1832, mais surtout depuis 1839, je n'ai jamais manqué de recourir à ce puissant moyen toutes les fois qu'il a été indiqué, et, sur près de quarante cas d'hémorrhagie pour lesquels j'ai été appelé par des confrères ou que j'ai rencontrés dans ma pratique, j'ai dû employer dix-huit fois la compression de l'aorte. Dans tous ces cas, l'hémorrhagie était très-grave, et j'ai l'intime conviction que j'aurais perdu au moins la moitié des malades si je n'avais pas comprimé l'aorte en temps utile...

« Nous reconnaissons, comme on peut le voir, que la compression n'est pas un moyen curatif de l'hémorrhagie, mais c'est une ressource précieuse, parce qu'en évitant cette chute rapide des forces qui peut aller en très-peu de temps jusqu'à éteindre la vie, elle laisse aux autres moyens que l'accoucheur a à sa disposition, les réfrigérants, le seigle ergoté, etc., le temps d'agir et de déterminer le retrait de la matrice, seul capable de mettre fin à l'hémorrhagie.

« La compression, ai-je dit, ne permet que de gagner du temps; cela est vrai, mais le temps est tout dans un accident qui, en quelques minutes, peut faire périr la femme, et c'est avec juste raison

que je compare la compression de l'aorte à la main secourable qui retient un homme au bord d'un précipice jusqu'à ce que des secours plus efficaces lui soient portés. »

Peu de temps après la lecture de ce mémoire de Chailly, l'Académie de médecine eut encore à s'occuper de la compression de l'aorte, et, le 10 juin de la même année 1851, M. Villeneuve faisait un rapport sur une note de M. Plouviez (de Lille).

Voici le résumé de l'observation de M. Plouviez:

Une femme de vingt-trois ans, accouchée heureusement de son troisième enfant, est prise, le *dixième jour* après l'accouchement, de pertes qui cèdent au tamponnement et aux affusions froides. Le lendemain, nouvelle hémorrhagie qui compromet gravement la vie. La compression de l'aorte sur l'angle sacro-vertébral suspend immédiatement la perte. Pendant la compression, qui dura quarante-cinq minutes, les hémostatiques indiqués plus haut furent remis en usage. Six jours plus tard (*dix-septième jour* de couches), nouvelle hémorrhagie avec syncope telle qu'on croyait la femme morte. Après trois quarts d'heure de compression, la femme donne de nouveau quelques signes de vie, qui disparurent bientôt, malgré la cessation de l'hémorrhagie, dont on prévient le retour en prolongeant la compression pendant plusieurs heures.

A ce propos, M. Villeneuve conseille, dans des cas analogues, de coucher la femme horizontalement, le bassin plus haut que la tête, et de placer des ligatures à la partie supérieure de chaque bras.

Cette observation est remarquable en ce qu'elle a trait à une hémorrhagie survenue onze et dix-sept jours après l'accouchement et que l'inertie utérine ne peut plus être invoquée comme cause de la perte.

Les conseils qu'ajoute M. Villeneuve sont bons à suivre, et, pour ma part, je les ai mis en pratique dans tous les cas graves, au moins quant à la position à donner à l'accouchée.

A peu près à la même époque (le 12 mai 1851), l'Académie des sciences recevait de M. le docteur Duhamel une communication sur le même sujet. Nous en reparlerons à propos d'une des observations qui nous sont propres.

Nous verrons également plus loin les opinions de Cazeaux sur la compression de l'aorte. Je n'en parle pas ici pour ne pas faire double emploi.

Depuis ces derniers écrits, le silence paraît s'être fait dans les sphères officielles de la science médicale sur la préférence à ac-

corder à la compression de l'aorte, et c'est à peine si de loin en loin, dans les journaux de médecine, dans les comptes rendus des sociétés de médecine, on en fait encore mention. Cependant, comme je le dis au début, la compression continue à être employée par beaucoup de praticiens. C'est ainsi que, tout récemment, le docteur Duhomme me racontait qu'en 1857, tandis qu'il déjeunait à la salle de garde de l'hôpital Necker, on vint en toute hâte chercher l'interne du service de M. Guillot pour un cas d'hémorrhagie puerpérale. Le docteur Duhomme accompagna l'interne, et, en présence d'une mort imminente, ils eurent immédiatement recours à la compression de l'aorte en attendant l'effet du seigle ergoté qu'ils administrèrent. Ils durent continuer la compression de l'aorte pendant plus d'une demi-heure et se relayèrent pour cette manœuvre, et, chaque fois qu'ils lâchaient l'artère, le sang reparaissait avec violence. En définitive, la femme fut sauvée.

C'est ainsi encore que, sur un nombre assez restreint d'accouchements qu'a pratiqués le docteur Danjoy, il me dit avoir dû deux fois le salut de l'accouchée à la compression de l'aorte.

Mais, tandis que les auteurs que nous venons de passer en revue faisaient de louables efforts pour vulgariser et répandre ce mode d'agir si simple, si exempt de danger, si éminemment pratique, on continuait à opposer aux pertes utérines les moyens les plus incertains, les plus dangereux.

Après Desgranges (de Lyon), qui faisait faire sur le ventre de l'accouchée des douches d'eau glacée *d'aussi haut que possible*, qui faisait des injections d'acide acétique dans la matrice et donnait la glace à l'intérieur, tandis qu'il introduisait la main dans l'utérus et soumettait cet organe à des titillations et à un agacement continu par des mouvements de la main et du poignet (*Journal général de médecine*, t. XCII, p. 3) ; après Levrat et Mojon (de Gènes), qui injectaient de l'eau pure dans les vaisseaux du placenta adhérent à l'utérus, et, quand la perte était très-violente, se servaient d'eau acidulée avec un tiers de vinaigre (1) ; après Levrat introduisant un citron dépouillé de son

(1) *Ibid.*, t. CIII, p. 3. — Gendrin, en rendant compte de ce travail à la Société de médecine de Paris, renchérit encore sur Levrat et dit : « Si quelques onces d'eau fraîche suffisent pour amener le décollement du placenta dans ces cas ordinaires, il serait imprudent de s'en tenir à une aussi légère action dans les hémorrhagies si graves qui résultent du dé-

écorce dans l'utérus et l'exprimant de façon à faire jaillir l'acide de ce fruit contre les parois de la cavité utérine et y laissant le fruit à demeure (*Archives générales de médecine*, t. VII, p. 141), viennent Hicks vantant les douches d'éther sur le ventre pour faire contracter l'utérus, moyen certainement moins mauvais que bien d'autres, Dupierris et d'autres proposant les injections de teinture d'iode dans l'utérus, d'autres encore faisant des injections intra-utérines de perchlorure de fer ; d'autres enfin ont recours à l'électricité, à la transfusion du sang, et personne ne paraît se douter qu'avant d'employer des moyens aussi chanceux, pour quelques-uns je dirai même aussi sauvages, il est du devoir du praticien d'user de ce moyen si simple, si doux, si inoffensif et enfin si merveilleusement efficace qui est là sous leur main : la compression de l'aorte !

Et maintenant laissons la parole *aux faits*, nous bornant à faire suivre chacun d'eux des réflexions spéciales que me paraissent faire naître les particularités qu'il a pu offrir. On verra que, comme je l'ai déjà avancé, les bienfaits de la compression de l'aorte sont multiples :

Obs. I. — En janvier 1860 je fus appelé, vers huit heures du soir, par mon confrère et ami le docteur Fabre, auprès d'une concierge de la rue de Londres qui se mourait d'une perte utérine.

Arrivé auprès d'elle, j'appris ce qui suit :

Cette femme, de vingt-huit ans, de bonne constitution, avait été accouchée dans la journée par une sage-femme. L'accouchement s'était bien passé ; mais, la délivrance tardant à se faire et le sang s'écoulant en abondance par la vulve, la sage-femme essaya de pratiquer la délivrance artificielle. Elle tira sur le cordon, mais n'obtint d'autre résultat que de déchirer le cordon juste à son insertion au placenta ; ce que voyant, elle administra le seigle ergoté à doses répétées. La matrice se contracta violemment, mais le délivre ne fut pas expulsé. C'est alors que la sage-femme se décida à recourir à un docteur. Le docteur Fabre, ne pratiquant pas les accouchements, me fit immédiatement appeler.

Je trouvai une femme très-pâle, la voix éteinte ; une sueur froide couvrait son corps ; elle répondait mal aux questions et

collement partiel du placenta, avec inertie absolue de l'utérus. Il faudrait agir alors avec rapidité et pratiquer l'injection de manière à remplir rapidement et à faire franchir au liquide le système vasculaire du placenta, pour porter la liqueur froide et styptique sur la paroi utérine en la forçant ainsi à suinter à la surface du placenta. » (*Ibid.*, p. 36.)

paraissait sous le coup d'une syncope. Le pouls était petit et fréquent. L'écoulement du sang était abondant.

Au toucher, je trouvai l'orifice interne du col fortement contracté ; le palper abdominal me montrait la matrice dure, rigide et très-volumineuse.

J'essayai d'introduire un ou deux doigts dans l'orifice du col ; mais, aussitôt que j'amenais un peu de dilatation du col, la quantité du sang qui s'échappait augmentait sensiblement et je craignais de voir la femme succomber exsangue avant d'avoir pu amener le délivre.

Je fis alors exercer la compression de l'aorte à travers les parois abdominales par mon confrère, et aussitôt l'écoulement sanguin s'arrêta. Tranquillisé de ce côté, je pus m'occuper exclusivement de l'extraction de l'arrière-faix, et, pour y parvenir, je dilatai lentement l'orifice interne. J'introduisis bientôt trois doigts dans la cavité utérine et trouvai le placenta décollé dans la plus grande partie de son étendue, mais adhérent dans une portion que je puis évaluer à l'étendue de la paume de la main. L'écoulement sanguin étant complétement suspendu depuis que la compression de l'aorte était méthodiquement faite, je déchirai toute la portion non adhérente du placenta et l'amenai au dehors ; puis, ayant un peu plus de place dans la cavité utérine pour introduire la main entière, je décortiquai lentement toute la partie adhérente retenue au tissu utérin par de nombreuses brides fibreuses. Mais le seigle ergoté continuait à agir, et à plusieurs reprises je dus retirer ma main, qui, fortement comprimée au poignet par les contractions utérines, était complétement paralysée.

Après plus d'*une heure* de travail je pus enfin amener le reste du placenta, qui, mis en place à côté de la portion primitivement enlevée, me donna la conviction qu'il ne restait plus rien dans l'utérus.

Je dus cependant faire continuer la compression de l'aorte pendant plus d'une demi-heure encore, l'écoulement reprenant aussitôt que la compression était suspendue. Pendant tout ce temps, j'administrai à la femme de l'eau-de-vie par petites quantités, et, après une heure et demie de craintes sérieuses, j'eus la satisfaction de voir le pouls se relever, diminuer de fréquence, les couleurs et les forces reparaître. Je dois dire que la compression de l'aorte fut si bien faite par mon confrère qu'il ne s'échappa plus une goutte de sang, excepté lorsque, l'une de ses mains étant engourdie, il la remplaçait par l'autre : on voyait alors immédiatement reparaître l'écoulement, et ma main, dans l'utérus, ressentait immédiatement la chaleur du sang. Cela dit pour ceux qui prétendent encore que les hémorrhagies utérines sont plus veineuses qu'artérielles.

La malade se remit promptement et sans accident ultérieur.

Ce fait est, à mon avis, riche en enseignements, et il en est peu

dans la science, à ma connaissance du moins, qui montrent d'une manière plus complète l'incomparable utilité de la compression aortique dans le cas d'hémorrhagie utérine grave. Remarquons d'abord que, dans ce cas, la perte était occasionnée, non par l'inertie utérine, comme cela est si fréquemment le cas, mais par la rétention du placenta dans la cavité utérine ; que la sage-femme avait agi très-irrationnellement en donnant le seigle ergoté pour amener l'expulsion du placenta sans s'être assurée de la cause qui s'opposait à la délivrance. Un accoucheur instruit, appelé à ce moment, aurait reconnu l'adhérence placentaire et ne se serait pas créé un embarras considérable de plus en administrant le seigle ergoté avant d'avoir décollé l'arrière-faix. Il est probable qu'une fois le délivre extrait l'hémorrhagie aurait cédé spontanément, et on aurait évité à la malade les angoisses d'un état syncopal prolongé et les conséquences le plus souvent fort graves d'une hémorrhagie considérable. Le décollement de l'arrière-faix eût été bien plus facile si la matrice n'avait pas été pathologiquement contractée par le fait de l'ergot de seigle, celui-ci devant d'ailleurs être complétement sans effet sur la perte tant que le placenta n'était pas expulsé.

Au moment où je fus appelé, les conditions étaient donc des plus mauvaises. Le cordon était déchiré, la matrice fortement contractée par le seigle ; la perte néanmoins était grave et ne pouvait que s'aggraver par les manœuvres indispensables pour opérer la délivrance si je ne trouvais pas moyen d'empêcher une plus grande perte de sang. Je pose donc en fait, et personne, je pense, ne me contredira, que sans la compression de l'aorte cette femme serait morte d'hémorrhagie avant que j'eusse pu la délivrer.

Enfin, on comprend aisément combien j'ai pu agir avec plus de calme, de régularité et de méthode en opérant le décollement partiel du placenta, me sachant à l'abri d'une perte qui pouvait devenir mortelle.

Obs. II. — Le 24 février 1869, j'accouchai pour la seconde fois Mme T***, sœur de mon excellent confrère le docteur Danjoy. Mme T***, brune, grande, de belle constitution, avait eu, en 1865, un premier accouchement que j'avais dû terminer par une application de forceps, les douleurs étant insuffisantes pour faire franchir la vulve à la tête de l'enfant.

Le second accouchement se fit très-naturellement, très-facilement ; la délivrance eut lieu un bon quart d'heure après l'accou-

chement, à la suite de trois ou quatre contractions utérines énergiques, et sans que je sois intervenu autrement que pour extraire le délivre du vagin.

Une heure après la matrice était parfaitement contractée, l'écoulement sanguin non exagéré ; l'accouchée se sentait assez reposée pour que je quittasse la chambre ordonnant à la garde de faire la toilette de l'accouchée et de venir me chercher lorsque ce serait fini, afin de transporter l'accouchée du lit de travail dans son lit.

Une demi-heure plus tard la garde vint très-tranquillement me dire que Mme T*** était prête. Je me rends dans sa chambre, mais en jetant les yeux sur mon accouchée je suis épouvanté de son facies. Elle était d'une pâleur cadavéreuse, les yeux largement ouverts, les bras pendants le long du corps, la respiration lente et stertoreuse. Je me précipite vers elle et soulève son drap : pas une goutte de sang ne tachait le linge blanc qu'on venait de lui passer. Appliquant la main sur le ventre, je trouve la matrice plus volumineuse peut-être qu'avant l'accouchement. A ce moment le sang, sous l'influence de la légère pression que je venais d'exercer, s'échappe à flots et inonde le lit jusqu'aux pieds ; la malade a un ou deux mouvements convulsifs des mains et de la bouche : je la crus morte. J'enfonçai immédiatement la main dans l'utérus et le vidai, non sans peine, de caillots énormes, et le sang continuant à couler, rouge et abondant, je pratiquai immédiatement la compression de l'aorte pendant que la garde administrait 1 gramme de seigle ergoté. Je fis, de l'autre main, des frictions énergiques sur la matrice, à travers les parois du ventre. La matrice se contracta très-promptement, mais la contraction ne persista pas et, dès que la contraction diminuait, si je lâchais l'aorte, le sang repartait. Un effort de vomissement m'ayant fait lâcher l'aorte, un flot de sang reparut aussitôt. Ce n'est que lorsque le seigle commença à agir que l'utérus devint réellement dur comme il doit l'être après l'accouchement.

Je dus continuer la compression pendant près de deux heures, et fus aidé par mon confrère Danjoy, que j'avais fait prévenir aussitôt que le danger était apparu, mais qui n'arriva qu'alors que ce même danger était à peu près conjuré : ce n'est qu'après avoir administré 3 grammes de seigle ergoté que je pus définitivement lâcher l'aorte tant parce que la perte reparaissait dès que je cessais la compression, comme je l'ai dit plus haut, que parce que l'état syncopal menaçait sans cesse.

Les suites de couches furent très-simples et la malade ne se ressentit jamais de sa perte de sang.

Cette observation est très-concluante et très-favorable à l'emploi de la compression aortique. Celle-ci a permis d'attendre l'effet du seigle ergoté, qui, dans ce cas, a été assez lent à se produire.

C'est du reste un fait bien remarquable que cette inertie de la matrice survenant sans cause appréciable une heure et demie après l'accouchement et alors que l'organe avait, pendant tout ce temps, paru reprendre toute sa tonicité.

Cette observation est le type de ces hémorrhagies internes, qui trompent facilement les personnes inexpérimentées et qui ont attiré l'attention d'un grand nombre de praticiens ; on ne saurait trop, dans ces cas, se tenir sur ses gardes.

Voici ce que dit à ce sujet Guillemot :

« C'est pendant le repos de l'organe (l'utérus) que le sang coule et que la perte se déclare. Ce temps, aussi variable que l'instant de la contraction, est soumis pour sa durée, comme dans la parturition, à une foule d'influences diverses. Ce sera, chez quelques femmes, une passion vive de l'âme qui suspendra la douleur et prolongera le temps de relâchement. Chez d'autres la marche du travail offrira assez d'irrégularités pour craindre, après une succession de vives douleurs, la durée de l'état de repos qui lui succède. Aussi quelquefois la perte se déclare-t-elle une demi-heure ou une heure après la délivrance. La matrice continue jusqu'à ce moment à revenir sur elle-même, les contractions maintiennent le globe utérin resserré et durci et s'opposent continuellement à l'écoulement immodéré du sang. Mais bientôt l'orage succède à cet état de calme, le sang s'échappe par flots et l'accident devient d'autant plus rapide dans ses progrès et plus redoutable dans ses résultats, que le médecin, rassuré sur la position de la femme, n'est plus là pour enrayer en quelque sorte sa marche et arrêter l'événement fatal. » (*Archives générales de médecine*, t. XX, p. 47.)

Remarquons en passant que, dans ce travail assez étendu, écrit en 1829, Guillemot ne dit pas un mot de la compression de l'aorte.

Voici encore, sur le même sujet, quelques lignes empruntées à Thompson :

« Il faut aussi se méfier des hémorrhagies internes, alors que l'orifice utérin est bouché par un caillot.

« Les gardes m'ont souvent affirmé qu'il n'y avait pas d'hémorrhagie parce que les alèzes étaient sans taches, tandis que, plaçant ma main sur l'utérus, je trouvais cet organe rempli de sang. La malheureuse princesse Charlotte fut victime de pareille erreur. Le médecin était allé se coucher et les gardes croyaient que tout

était pour le mieux. Pendant ce temps la princesse succombait à une hémorrhagie interne. Le médecin, rappelé, arriva trop tard pour la sauver. » (*British Medical Journal*, 10 janvier 1874.)

Obs. III. — Mme D*** s'est mariée à trente-cinq ans. Elle est brune, méridionale, de tempérament nerveux et d'une corpulence considérable.

En août 1859, un an après son mariage, elle accoucha une première fois d'un garçon, après un travail assez long, sans douleurs intenses ; après avoir hâté la dilatation du col par le débridement, je dus encore terminer l'accouchement par une application de forceps. Les suites de couches furent normales.

En janvier 1861, après une grossesse très-heureuse, second accouchement, qui se termina spontanément par la naissance d'une petite fille très-volumineuse. La délivrance se fit naturellement vingt minutes après la naissance de l'enfant.

Une heure après, l'accouchée, lavée, habillée et reportée dans son lit, se sentait parfaitement bien, quand survint de l'agitation. La malade accuse des hallucinations, des visions aussitôt qu'elle ferme les yeux ; le visage pâlit.

Rappelé auprès d'elle, je constate une petitesse extrême du pouls, une oppression vive ; les yeux sont anxieux. Pas de trace de perte extérieure ; mais, en mettant la main sur l'utérus, je trouve celui-ci complétement distendu, remontant plus haut que l'ombilic. Je le comprime aussitôt et un flot de sang s'échappe. L'accouchée est en demi-syncope. J'introduis ma main droite dans l'utérus et en extrais d'énormes caillots qu'il me faut diviser pour leur faire franchir la vulve et, la perte continuant très-abondante, j'enfonce résolûment ma main gauche au-dessus du fond de l'utérus à travers les parois abdominales d'une épaisseur prodigieuse. Je n'en arrive pas moins assez facilement sur l'aorte, que je comprime contre l'angle sacro-vertébral. L'écoulement sanguin s'arrête aussitôt. Je frictionne et malaxe alors de la main droite l'utérus à travers les parois du ventre, tout en maintenant la compression, et administre, de cinq en cinq minutes, trois doses de seigle ergoté. Au bout de vingt à vingt-cinq minutes de compression, j'étais tellement fatigué que je dus faire comprimer ma main par les deux mains du mari, mais je n'abandonnai pas un instant l'aorte. Le seigle ergoté fit alors son effet : la matrice se contracta vivement, expulsa encore quelques caillots peu volumineux et, au bout d'une heure, toute perte ayant cessé, les accidents lipothymiques étant passés, le pouls étant relevé, je pus cesser la compression. Je ne quittai l'accouchée que sept ou huit heures après. La perte ne s'était pas reproduite. Les arrière-maux furent assez prolongés et douloureux, mais les suites de couches ne présentèrent rien d'anormal.

Les accidents nerveux signalés dans cette observation n'étaient évidemment que des conséquences de la perte sanguine, ils se

dissipèrent d'eux-mêmes à mesure que l'équilibre circulatoire se rétablit, grâce à la compression aortique.

Obs. IV. — Mme D***, qui fait l'objet de l'observation précédente, accoucha pour la troisième fois en 1863.

Le travail avait été beaucoup moins long et moins pénible que les deux précédentes et, mis sur mes gardes par la perte dangereuse qui était survenue lors de la dernière couche, je donnai 50 centigrammes de seigle ergoté dès que la tête fut franchement engagée à la vulve. Une ou deux contractions très-énergiques amenèrent l'issue de la tête plus rapidement que je ne m'y attendais et le placenta suivit presque aussitôt. Au même moment les traits de l'accouchée se contractent, la face pâlit, le pouls disparaît et un flot considérable de sang s'écoule derrière le placenta. Je malaxe la matrice sans amener de contraction, et l'écoulement de sang continuant avec une abondance insolite, l'accouchée accusant des troubles de la vue et des bourdonnements d'oreilles, je comprime aussitôt l'aorte pendant que j'administre une seconde dose de seigle ergoté et qu'on couvre les cuisses de linges froids. Peu de minutes après je sens la matrice se durcir ; l'action du seigle ergoté paraissant bien établie, la malade ayant repris ses sens, je pus sans danger cesser la compression de l'aorte au bout de vingt à trente minutes. A partir de ce moment tout rentra dans l'ordre.

Nous ferons remarquer, à propos de ces deux dernières observations, qu'elles viennent à l'appui de l'opinion émise par un accoucheur allemand, Ahlfeld, qui, dans un travail inséré dans les *Archiv für Gynæcologie* (t. IV, cahier 3), a fait la remarque que les hémorrhagies, pendant et après le travail, s'observent fréquemment chez les femmes âgées, primipares ou non. Suivant cet auteur, ces hémorrhagies auraient évidemment pour cause l'inertie de l'utérus et celle-ci serait probablement due à un amoindrissement de la vitalité.

Suivant cet auteur encore on a, chez les femmes âgées, souvent besoin d'avoir recours aux opérations obstétricales.

Or, la dame qui fait le sujet des deux observations qui précèdent, mariée à trente-cinq ans seulement, j'ai eu cinq fois l'occasion de l'accoucher.

La première fois j'ai dû débrider le col et appliquer le forceps; les deuxième et troisième fois j'ai dû pratiquer la compression de l'aorte pour arrêter des hémorrhagies graves. A la quatrième couche j'ai eu à combattre une procidence du cordon, conséquence d'une antéversion complète de la ma-

trice : le ventre formait besace et tombait entre les jambes ; le fond de la matrice était plus bas que le col et, dès le début de la dilatation, le cordon s'échappa hors de la vulve. Je dus faire basculer la matrice pendant les contractions et la faire maintenir dans sa position normale pour amener l'engagement de la tête au détroit supérieur ; je parvins ainsi à rentrer le cordon, et une fois la tête fortement engagée, la matrice se maintint en position. L'accouchement se termina spontanément et ne fut suivi ni de perte ni d'aucun autre accident.

Le cinquième accouchement eut lieu en juin 1868, à Asnières ; il fut prompt et était terminé avant mon arrivée ; la délivrance seule fut un peu tardive, mais se fit spontanément ; elle fut aussitôt suivie d'une perte de peu d'importance, accompagnée d'accidents nerveux très-passagers, et qui céda à des compresses froides et au seigle ergoté, que je donnai dès mon arrivée.

On voit donc que, cinq fois, l'accouchement fut compliqué tantôt d'un accident, tantôt d'un autre.

La dix-septième observation rapportée par Chailly-Honoré dans son mémoire lu à l'Académie de médecine a également trait à une primipare de trente-cinq ans.

Je dois cependant ajouter que les opinions d'Ahlfeld ne se vérifient pas toujours et qu'il m'est arrivé maintes fois d'accoucher des femmes plus âgés que celle dont j'ai donné l'observation sans avoir aucun accident à signaler et sans être dans le cas de pratiquer une opération.

Obs. V. — Mme C***, grande, de bonne constitution, a présenté, en 1860, des végétations suspectes sur le col utérin. Le docteur Depaul, les considérant comme probablement cancéreuses, ne voyait que le cautère actuel pour les combattre. Je parvins cependant à les détruire complétement à l'aide du seul crayon de nitrate d'argent et des injections astringentes.

Peu de temps après Mme C***, dont la santé était parfaitement rétablie, devint enceinte ; mais, dès le troisième mois, survinrent des hémorrhagies presque continuelles qui résistèrent à tous les remèdes et amenèrent l'avortement au commencement du sixième mois. Elle devint de nouveau enceinte en septembre 1861. La grossesse marcha sans encombre et Mme C*** alla s'installer à Croissy pour y faire ses couches et y passer l'été.

C'est là que, dans le courant de juin 1862, je fus mandé pour l'accoucher.

Après un travail parfaitement normal, de durée moyenne, les contractions, énergiques, mais sans exagération, amenèrent un

enfant du sexe féminin, de volume ordinaire, parfaitement à terme et vivace. La délivrance se fit sans effort un quart d'heure après la sortie de l'enfant ; mais, à peine l'utérus était-il vide, qu'il tomba dans un état d'inertie absolue et qu'une perte artérielle des plus abondantes survint. Je vidai aussitôt la matrice des caillots qu'elle contenait et excitai avec la main sa surface interne sans provoquer son retrait. Je fis enlever les oreillers, soulever le siége et pratiquai immédiatement la compression de l'aorte pendant qu'on commençait à administrer le seigle ergoté à doses assez rapprochées de 50 centigrammes chacune. En même temps on appliquait des compresses froides sur les cuisses et des linges chauds sur la poitrine. L'accouchée était d'une pâleur livide, sa vue trouble, son pouls insensible ; elle accusait d'une voix éteinte des bourdonnements d'oreilles intolérables. Au bout de vingt minutes le seigle ergoté commença à agir, mais faiblement; la matrice ne revenait que faiblement sur elle-même. On continua à administrer le seigle comme je l'ai dit plus haut et on consomma toute ma provision, soit 3 grammes. Je ne cessai cependant pas ma compression et toute perte était arrêtée. Malgré cela, les forces ne revenaient pas, le pouls était introuvable, la peau couverte d'une sueur glacée. Je continuai ma compression et fis prendre à la malade du rhum vieux par demi-petits verres et, au bout d'une heure seulement, je vis les extrémités se réchauffer lentement, la vue s'éclaircir. En même temps la matrice, que j'avais frictionnée énergiquement à plusieurs reprises, prit plus de dureté, et après *trois heures* de compression de l'aorte je pus enfin abandonner l'artère sans voir de nouveau ma malade retomber dans un état demi-syncopal. Les suites de couches furent normales et la santé de Mme C*** se rétablit assez promptement.

Personne ne pourra douter, je crois, que, dans ce cas, sans la compression de l'aorte, qui en premier lieu suspendit la perte jusqu'à ce que les autres moyens aient eu le temps d'agir, cette femme ne fût morte exsangue. En effet, l'inertie utérine était poussée ici à sa plus haute expression et résista pendant près de deux heures à tous les moyens mis en usage. J'étais loin de tout secours, de toute pharmacie, j'avais usé tout mon seigle ergoté et un temps nécessairement très-long se serait écoulé avant que j'eusse pu m'en procurer davantage ; j'avais inutilement employé l'introduction de la main dans l'utérus, la titillation de la surface interne de cet organe, j'avais employé le froid, et, malgré tout, l'utérus restait inerte et les orifices de ses vaisseaux béants. Croit-on que sans la compression de l'aorte la perte n'aurait pas été promptement mortelle ?

Mais la compression n'a-t-elle pas eu, dans ce cas, une action encore plus décisive : celle de maintenir vers le cerveau et le cœur une quantité de sang suffisante pour assurer et rétablir les fonctions de ces organes essentiels de la vie ?

Pour ma part je suis convaincu que c'est à la compression de l'aorte suffisamment continuée que je dois la vie de cette accouchée. Pendant cette compression il ne s'écoula plus une goutte de sang ; mais la perte avait été si abondante, que le cerveau ne recevait plus qu'une ondée sanguine insuffisante pour maintenir l'excitation nécessaire à son fonctionnement normal. En continuant la compression, j'ai remédié à cet état d'anémie cérébrale, et, sous l'influence de cette compression et de l'administration de l'alcool, j'eus le bonheur de voir se terminer heureusement un accident qui menaçait d'avoir une terminaison fatale.

Aussi ai-je été heureux de trouver, dans l'excellent *Traité d'accouchements* de Cazeaux, les lignes suivantes qui indiquent avec plus d'autorité que je ne puis le faire ce bienfait de la compression de l'aorte, qui non-seulement est préférable à tous les autres moyens comme hémostatique instantané, mais qui a encore une action toute particulière pour modérer les effets consécutifs de la perte sanguine et pour en diminuer les dangers :

« Jusqu'à présent, dit Cazeaux, la compression de l'aorte n'a été conseillée que dans le but de suspendre l'écoulement du sang et de donner le temps d'agir aux moyens propres à réveiller la contractilité utérine.

« Je pense qu'elle peut rendre de grands services, même après la suspension de la perte et la rétraction de la matrice. Dans le cas, en effet, où la perte a été considérable, tout danger ne cesse pas dès qu'on est parvenu à arrêter l'hémorrhagie et à déterminer le resserrement de l'organe gestateur. Bien qu'il ne s'écoule plus une goutte de sang, la quantité de ce liquide restée dans l'économie n'est plus suffisante pour distribuer à tous les organes, en même temps qu'au cerveau, l'excitation nécessaire pour maintenir l'intégrité de leurs fonctions, et quelquefois les femmes s'éteignent deux ou trois heures après l'arrêt de la perte. La mort survient alors parce que la masse sanguine est également répartie dans toute l'étendue de l'arbre circulatoire et que le cerveau, et la moelle allongée en particulier, n'en recevant qu'une trop faible partie, manquent de l'excitant qui leur est nécessaire pour entretenir la respiration et, par suite, les mouvements du

cœur. Ceci étant admis, il est facile de comprendre que si, en comprimant l'aorte abdominale, on empêche le sang lancé par le ventricule gauche de descendre dans les parties inférieures du tronc et dans les membres abdominaux, on le forcera nécessairement à refluer vers le cerveau en plus grande quantité et l'on conservera à cet organe l'excitation dont il a besoin pour réagir à son tour sur les fonctions du cœur et des poumons.

« En plaçant la femme sur un plan incliné, de manière que la tête occupe le point le plus déclive, on viendra puissamment en aide à la compression de l'aorte.

« Je pense donc que la compression de l'aorte et de la veine cave est utile pendant que la perte est abondante, mais que, dans le cas où la malade a perdu une grande quantité de sang, elle doit être continuée encore pendant plusieurs heures après l'arrêt de l'hémorrhagie et la rétraction des parois de l'utérus. Seulement, dans ce dernier cas, il importe d'isoler l'aorte de la veine cave, de manière à exercer seulement la compression sur le premier de ces vaisseaux. »

Et en note Cazeaux ajoute :

« M. Roux a pratiqué une fois cette compression de l'aorte sur un blessé épuisé par des pertes multipliées, mais je crois être le premier qui l'ait proposée et pratiquée *après* les hémorrhagies des nouvelles accouchées. En mars 1845, dans une communication à la Société des médecins du département de la Seine, j'en fis la proposition formelle, après avoir développé les données physiologiques sur lesquelles je me fondais. Je tiens d'autant plus à constater ce fait que, depuis cette époque, on a reproduit cette proposition sans me citer. » (Cazeaux, 5e édit., p. 932.)

Le docteur Duhamel a adressé, comme je l'ai dit plus haut, à l'Académie des sciences (séance du 12 mai 1851) une note concernant les effets produits par la compression de l'aorte à l'angle sacro-vertébral, dans les cas de pertes utérines qui menaçaient la vie. L'auteur pense que ce moyen est bien plus simple et plus efficace que la transfusion du sang, dont on a parlé de nouveau dans ces derniers temps. Il rapporte à l'appui de son opinion trois cas de compression dans lesquels le succès a suivi l'opération.

Les deux premiers se sont présentés chez une même femme âgée de trente ans, l'un immédiatement après l'accouchement, l'autre deux ans plus tard, seize jours seulement après l'accou-

chement. Le troisième cas a été observé chez une femme arrivée à huit mois et demi d'une seconde grossesse, chez laquelle de petites hémorrhagies s'étaient manifestées à plusieurs reprises depuis quinze à vingt jours, ce qui l'avait obligée à garder le lit et le repos le plus absolu. Regardant ces pertes comme entretenues par l'implantation du placenta sur le col, M. Duhamel opéra l'accouchement en allant chercher les pieds. La délivrance s'effectua spontanément et, une heure après, l'utérus était déjà en grande partie revenu sur lui-même et toute perte avait cessé. Mais, au bout d'une heure, l'hémorrhagie avait reparu et était de suite devenue si abondante, qu'il y eut plusieurs syncopes et que, lors du retour de M. Duhamel, la femme était absolument exsangue. La compression de l'aorte fut seule employée ; elle fut très-facilement pratiquée par suite du relâchement des parois abdominales. L'hémorrhagie fut immédiatement suspendue. La compression fut néanmoins continuée pendant *neuf heures de suite*. L'auteur y fut déterminé, « parce que, dit-il, au moment où elle fut commencée, il existait un refroidissement général du corps. » La perte de sang avait été tellement abondante, que ce ne fut que vingt-quatre ou trente heures après la suppression de l'hémorrhagie que l'on commença à percevoir les battements des artères radiales (*Archives générales de médecine*, 4e série, t. XXVI, p. 239).

Il est évident que, dans ce dernier cas, la compression a puissamment aidé au retour de la vie en diminuant l'étendue du cycle sanguin et en amenant dans un temps donné une plus grande quantité de sang au cerveau et ainsi aux organes vitaux.

La même idée est exprimée en très-bons termes par le docteur Vial (de Saint-Etienne) :

« Après une hémorrhagie grave, dit cet auteur, sans négliger les autres moyens, il faut surtout insister sur la compression aortique. Il faut l'exercer d'une manière permanente, immédiatement et longtemps après la délivrance, jusqu'au retour suffisant des forces. Il faut la maintenir quand bien même la matrice est contractée, quand bien même le sang a cessé de couler. La compression est alors utile pour empêcher le sang d'arriver dans la moitié inférieure du corps et le retenir dans la moitié supérieure. Les malades, en effet, ont perdu beaucoup de sang ; ce qui reste est insuffisant pour remplir le système artériel tout entier et impuissant à exercer et à entretenir sur les divers or-

ganes de l'économie, et en particulier sur le cerveau, le degré de stimulation nécessaire à la vie. Dans ce cas, comprimez l'aorte, vous priverez de sang les régions sous-diaphragmatiques, mais au moins le cerveau, convenablement stimulé, pourra réagir avec succès sur tous les organes soumis à son influence. Les malades sentent très-bien cet effet et, pendant la compression, disent sentir revenir la vie. » (*Bulletin de Thérapeutique*, t. XXVI, p. 233.)

Vial déclare avoir vu deux fois la mort survenir longtemps après la cessation de la perte, parce que la compression avait été cessée trop tôt. Nous avons trouvé dans les *Bulletins de la Société de médecine de la Haute-Vienne* (année 1868, p. 272), une observation analogue et certainement la mort eût pu être évitée si la compression de l'aorte avait été suffisamment prolongée.

L'observation suivante est un bel et frappant exemple de la vérité de ces assertions et du nouveau bienfait que procure, dans ces cas, la compression de l'aorte :

Obs. VI. — Mme S***, grande, blonde, de bonne santé habituelle, a été accouchée par moi une première fois au printemps de 1865. L'accouchement avait été normal, exempt de tout accident, en particulier de toute perte exagérée. Les suites de couches avaient été normales.

Le 3 octobre 1866, après une grossesse des plus faciles, mais aussi après quelques journées très-fatigantes par suite d'un déménagement, Mme S*** éprouve les douleurs de l'enfantement. Elle demeurait près du Val-de-Grâce ; le temps qui s'écoula jusqu'à mon arrivée fut donc assez long et quand j'arrivai le travail était presque terminé ; la garde n'était pas arrivée et je n'avais pour me seconder, en cas de besoin, que le mari de l'accouchée. La femme était pleine de courage et d'entrain. Le volume du ventre n'avait rien d'anormal ; les douleurs expulsives furent fortes mais sans exagération, et bientôt Mme S*** mit au monde un enfant du sexe masculin de volume moyen. Mais avec la tête et avant que les épaules fussent entièrement dégagées, un flot de sang s'échappa de l'utérus et la malade de s'écrier : « Mon Dieu, sauvez-moi ! je meurs... » Je soulevai de la main gauche l'enfant, qui criait fortement, au-dessus du sang qui s'accumulait dans le lit et qui coulait jusqu'aux pieds de l'accouchée et de la main droite j'allai chercher l'aorte, que je parvins facilement à comprimer. Il était temps : la malade était froide, livide, ne respirant qu'à peine. Déposant l'enfant toujours attaché et criant à pleins poumons sur le ventre de sa mère, de ma main gauche devenue libre j'allai à la recherche du placenta, que je trouvai, flottant en partie dans le vagin, en partie encore dans l'utérus. J'achevai la délivrance

toujours d'une main ; j'enlevai les caillots qui obstruaient la matrice et, la garde entrant à ce moment dans la chambre, je lui fis donner à l'accouchée 1 gramme de seigle ergoté et pratiquer des frictions énergiques sur le ventre, tandis que le mari, après avoir enlevé les oreillers, appliquait des compresses froides sur les cuisses. L'utérus revint assez promptement sur lui-même, avant même que le seigle ergoté ait eu le temps d'agir. Cependant je ne lâchai pas l'aorte, et pas une goutte de sang ne s'écoulait. Au bout de vingt minutes seulement la malade reprit un peu ses sens et poussa quelques profonds soupirs ; un peu plus tard, le pouls reparut à la radiale, la malade prononça quelques paroles inintelligibles, puis elle accusa des troubles de la vue : elle voyait rouge, demandait qu'on enlevât la lumière (or il n'y en avait pas dans la chambre et le jour était très-sombre), elle ressentait des bourdonnements d'oreilles très-douloureux. Je lui fis donner, toutes les quelques minutes, un peu de cognac, et au bout d'une grande heure de compression de l'aorte, la circulation étant bien rétablie, l'intelligence parfaitement lucide, l'utérus bien contracté, je lâchai définitivement l'aorte.

Je détachai alors l'enfant du placenta et le remis à la garde. Le placenta était parfaitement sain ; le cordon avait une longueur moyenne.

Nous pûmes alors apprécier la quantité de sang qui s'était écoulée *dans les quelques secondes* qui s'étaient passées entre la sortie de la tête de l'enfant et le moment où je pressai sur l'aorte ; c'était inimaginable. Le lit en était rempli depuis les reins de la malade jusqu'aux pieds, et vers le siége il y en avait une épaisseur de 10 centimètres au moins ; le plancher en était inondé. Il est vrai de dire que dans ce liquide était compris aussi le liquide amniotique, mais celui-ci ne devait pas être en grande abondance à en juger par le volume du ventre d'une part et le volume de l'enfant et de l'arrière-faix de l'autre.

Quoi qu'il en soit, les suites de couches furent simples et naturelles ; mais Mme S*** dut combattre pendant plusieurs mois l'anémie qui s'établit. Le retour des couches ne se montra que trois mois après l'accouchement.

Si nous raisonnons ce fait, nous en tirerons plusieurs enseignements pratiques importants.

Mais il est un premier point que je ne saurais m'expliquer : c'est la raison d'être de cette hémorrhagie, foudroyante, s'il en fut jamais. Evidemment sa cause résidait dans le décollement spontané et anticipé du placenta ; mais à quelle cause rapporter ce décollement ? Avant l'expulsion de l'enfant la femme n'accusait ni faiblesse ni malaise d'aucun genre : son teint était normal, son pouls naturel, la chaleur de la peau ordinaire ; elle causait avec une lucidité d'esprit complète. A ce moment donc

la perte n'existait pas. Les dernières contractions n'avaient rien d'anormal ni dans leur succession ni dans leur intensité. Le cordon, d'une dimension et d'un volume normaux, ne formait aucune circulaire ni autour du cou ni autour d'aucune partie du corps de l'enfant ; le placenta était parfaitement sain, sans foyers hémorrhagiques. On ne peut cependant pas admettre d'autre cause de cette hémorrhagie que le décollement anticipé du placenta, puisque j'ai trouvé celui-ci entièrement détaché et déjà engagé en partie dans le vagin quelques secondes après la sortie de l'enfant. Ce décollement a dû se faire au moment de l'expulsion de la tête de l'enfant, alors que la matrice encore dilatée par la présence du corps de l'enfant, de l'arrière-faix et d'une partie des eaux, ne pouvait revenir sur elle-même. Les vaisseaux béants ont ainsi pu fournir en quelques secondes une masse de sang formidable. Mais, encore une fois, je ne sais à quelle cause rattacher ce décollement du placenta en l'absence de toute altération de sa face utérine et je laisse à de plus habiles d'en fournir l'explication.

Remarquons encore que, dans ce cas, on ne saurait attribuer la perte à l'inertie utérine. La matrice, en effet, est revenue très-promptement sur elle-même, avant même que le seigle ergoté ait eu le temps d'agir.

Enfin, il résulte de la lecture de cette observation la conviction bien arrêtée et bien motivée que, sans la compression de l'aorte, la femme succombait à l'hémorrhagie avant qu'il fût possible d'employer lequel que ce soit des nombreux moyens hémostatiques généralement conseillés. Aucun n'aurait pu être appliqué avec cette *instantanéité* qui, seule, a conservé les jours de cette jeune femme, avec cette *continuité* qui a permis au cerveau de reprendre promptement la plénitude de ses fonctions.

Est-ce à dire que je m'en sois tenu à la seule compression de l'aorte et que j'aie compté sur elle seule pour obvier à l'hémorrhagie ? Non, certes. Dans ce cas, comme dans les autres que renferme ce travail, je vidai l'utérus, je l'excitai avec la main, j'administrai l'ergot de seigle dont je suis *toujours* muni quand je fais un accouchement, enfin je fis des frictions sur l'utérus, je fis appliquer des compresses froides, enlever les oreillers, je donnai du cognac. Mais, je le répète, tout cela eût été inutile, j'en ai la conviction, si *dès le début* je n'avais tari la source de l'hémorrhagie en comprimant l'aorte, et si je n'avais continué

cette compression jusqu'au retour complet de la vie, le rétablissement du pouls et des facultés cérébrales.

Je trouve, dans le tome LVI du *Bulletin de thérapeutique*, p. 80, une très-intéressante observation de mon regretté ami Debout, d'une hémorrhagie utérine après l'accouchement suivi de mort apparente, et que Debout guérit par l'emploi de vin et le marteau de Mayor.

Voici ce que j'y lis :

« A peine l'enfant est-il né qu'une perte considérable a lieu. La sage-femme tente en vain d'enrayer l'hémorrhagie ; effrayée du danger que court sa cliente, elle demande qu'un médecin lui soit adjoint. *Une heure après*, lorsque j'arrive, je trouve la malade baignant dans une mare de sang et en proie à une syncope que je crus mortelle. Je n'exagère rien en disant que près d'un seau de sang baignait le lit et le sol de la chambre. La sage-femme était enfin parvenue à délivrer la femme, *puis avait pratiqué la compression de l'aorte qu'elle maintenait encore*. Pendant ce temps elle avait dirigé les femmes qui l'entouraient, faisant mettre en usage les divers moyens vulgairement usités, ayant enveloppé les membres de linges chauds, faisant des frictions, etc.»

Cette observation, on le voit, a une grande analogie avec la précédente et démontre victorieusement le bienfait du procédé opératoire que je préconise, car je pose en fait que c'est la compression de l'aorte qui a sauvé la vie de cette femme, puisqu'elle a donné à Debout le temps d'arriver avant la mort, qui certes n'aurait pas tardé *une heure* à survenir si la perte avait continué.

Depuis la publication des premières parties de ce travail plusieurs honorables confrères ont bien voulu me communiquer des observations à l'appui de la thèse que je viens d'étudier. On lira avec intérêt les deux faits suivants :

Obs. VII. — Au mois de juillet 1858, je fus appelé, m'écrit le docteur Séguret (de Rodez), pour assister dans ses couches la femme d'un ouvrier des houillères de Gages, à 12 kilomètres de Rodez. Arrivé auprès de la patiente, j'appris qu'elle était en travail depuis vingt-quatre heures et que les douleurs, après avoir été assez vives, s'étaient ralenties peu à peu, au point que, depuis deux ou trois heures, elle n'en avait plus du tout. « Cependant, ajouta la matrone qui était auprès d'elle, j'ai senti la tête de l'enfant ; elle est aussi près de l'extérieur que possible. »

Je constatai en effet que la tête était arrivée au détroit inférieur, qu'elle était petite, que le doigt pouvait en faire facilement

le tour et que l'arrêt du travail devait être attribué au défaut de contraction de la matrice. Quelques légères tractions avec le forceps suffirent pour terminer l'accouchement.

Mais, à peine cet enfant — une petite fille — était-il né, que je vis une nouvelle petite main montrant ses petits doigts hors de la vulve. La perspective de se voir du coup père de deux enfants de plus, alors qu'il en avait déjà quatre, et rien que ses bras pour les nourrir, arracha au mari un profond soupir et il sortit de la maison, me laissant seul avec la matrone, qui venait de s'emparer de la petite fille pour la nettoyer et l'habiller. J'introduisis immédiatement la main pour pratiquer la version, qui fut facile, et j'amenai une nouvelle petite fille parfaitement vivante. N'ayant rien sous la main pour l'envelopper, je tirai mon mouchoir de ma poche, je portai l'enfant sur un mauvais grabat placé à une extrémité de la chambre et je me contentai de nouer les bouts du mouchoir pour faire un vêtement provisoire à la pauvre enfant. J'avais hâte de retourner auprès de l'accouchée, soupçonnant que cet utérus inerte me jouerait quelque mauvais tour. En effet, j'entendis au même instant un sifflement suivi d'un bruit semblable à celui qu'on produirait en versant une carafe pleine d'eau sur le plancher. Je me retournai de suite et je vis un jet de sang de la grosseur du doigt s'échappant en courbe de la vulve de l'accouchée. D'un bond je fus auprès de la pauvre femme et, d'instinct, sans réfléchir à ce qu'il y avait de mieux à faire, j'appliquai mes deux mains sur son ventre. La maigreur de la patiente me permit de trouver de suite l'aorte : je pressai dessus et l'hémorrhagie s'arrêta aussitôt.

Au bout de quelques minutes, je voulus essayer de comprimer un peu moins fort : de suite le sang se remit à couler. Le mari était rentré à mon appel ; je lui fis appliquer ses deux mains sur les miennes, que je retirai peu à peu l'une après l'autre, en lui recommandant de presser toujours. Je fis immédiatement la délivrance, qui fut facile ; il n'y avait qu'un placenta.

En partant de Rodez, je m'étais muni de seigle ergoté et de vin de quinquina. Je donnai toutes les dix minutes, alternativement, une prise de 50 centigrammes d'ergot et une cuillerée à soupe de vin de quinquina. Quand la malade eut pris 2 grammes d'ergot, je m'arrêtai, quoique les contractions utérines ne se fussent pas encore réveillées. La compression de l'aorte fut continuée ; je remplaçais le mari quand il était fatigué, et réciproquement.

Ce ne fut qu'au bout de trois heures que nous pûmes cesser la compression. A ce moment, la matrice n'avait plus que le volume du poing, mais elle ne se maintenait dure qu'à la condition d'opérer de temps en temps des frictions sur le ventre.

On put se procurer du bouillon ; la malade en prit, et enfin, dix ou douze heures après la cessation de l'hémorrhagie, il me fut permis de me retirer sans crainte.

Huit jours après je revis l'accouchée ; elle était levée et allait aussi bien que possible. Elle allaitait les deux petites filles, bien

portantes aussi et couchées dans le même berceau, chacune ayant sa tête aux pieds de l'autre. Le mari avait pris bravement son parti de ses six enfants, dont le plus âgé avait neuf ans. C'était une famille d'Alsaciens. Ils quittèrent bientôt le pays et je n'en entendis plus parler.

« La seule conclusion que je veuille tirer de ce fait, ajoute M. Séguret, c'est que, à mon avis du moins, aucun moyen autre qu'une prompte compression de l'aorte n'aurait pu empêcher l'hémorrhagie d'amener rapidement la mort, et que, par suite, on a grandement raison d'en recommander l'emploi.

« Que, lorsqu'une hémorrhagie est peu abondante et ne menace pas immédiatement la vie, on essaye des douches froides sur le ventre, de la titillation de la matrice, des injections astringentes, etc., on le comprend ; mais quand le sang s'échappe à flots, aucun moyen ne me semble pouvoir entrer en parallèle avec la compression de l'aorte. »

Mon ami, le docteur E. Vidal, m'a communiqué récemment l'observation suivante :

Obs. VIII. — Il y a quelques mois, j'assistais une dame dans ses premières couches. Le travail marcha bien, la sortie de l'enfant se fit normalement ; mais aussitôt après, la quantité de sang qui s'écoula par la vulve fut plus abondante que de coutume et constituait une véritable perte légère. Je crus devoir hâter la délivrance, et, à cet effet, j'exerçai quelques frictions sur le fond de l'utérus, et après une contraction énergique, j'enroulai le cordon autour de ma main, pelotonnai l'arrière-faix, et après quelques légères tractions j'amenai facilement le délivre, qui fut reconnu parfaitement entier. Aussitôt une perte formidable survint, la femme pâlit, le pouls disparut et une syncope prolongée s'établit. Pendant qu'on apportait de l'eau froide et du seigle ergoté, je pratiquai instantanément la compression aortique et le sang s'arrêta aussitôt. Je fis placer sur le ventre des draps glacés très-lourds, jeter de l'eau froide entre les cuisses, j'administrai 2 grammes de seigle ergoté en plusieurs doses, puis de l'eau glacée et de l'eau-de-vie. Je dus continuer la compression pendant près d'une heure, me faisant aider par le mari ; chaque fois que je lâchais l'artère le sang repartait avec une violence nouvelle, et ce ne fut qu'après ce long espace de temps que les forces étant revenues, le pouls et la chaleur ayant reparu, l'utérus étant bien contracté, je pus cesser définitivement la compression, bien convaincu que sans elle la malade aurait succombé avant que les autres moyens eussent pu arrêter la perte.

Enfin le *Bulletin de thérapeutique du* 25 *mars* 1875 contient

l'observation suivante adressée par le docteur Demagny de Bayeux à la rédaction à l'appui de la thèse que je soutiens. Elle a, comme on le voit, une grande analogie avec ma première observation : hémorrhagie par adhérence du placenta. La délivrance fut moins pénible que dans le fait que j'ai relaté, le seigle ergoté n'ayant pas été administré intempestivement.

Obs. IX. — A la fin de 1870, je fus appelé près d'une femme des environs de Bayeux, où j'exerçais.

Voici les renseignements que j'obtins à mon arrivée :

Cette femme avait été accouchée le matin par une sage-femme. L'accouchement avait été très-laborieux, vu l'état de la femme, qui était primipare. Cependant l'enfant vint au monde vivant, quoique ayant autour du cou plusieurs tours de cordon. La sage-femme pratiqua alors la délivrance ; mais, l'opération terminée, elle s'aperçut qu'elle n'avait amené qu'une partie du placenta. Après quelques manœuvres infructueuses, il se déclara une hémorrhagie considérable qu'elle ne put arrêter. Elle songea donc à me faire appeler.

Prévenu de la nature de l'accident, j'emportai du seigle ergoté, de l'éther, et je fus assez heureux, vu l'état de la saison, pour emporter de la glace.

Arrivé près de l'accouchée, je la trouvai très-pâle, couverte d'une sueur froide ; le pouls était filiforme et déjà intermittent.

Je la touchai et reconnus en effet qu'une portion du placenta était très-adhérente au fond de la cavité utérine. Le sang s'écoulait avec une grande abondance, et la malade semblait perdue.

Mon premier mouvement fut d'arrêter l'hémorrhagie ; mais, comme le temps pressait, je n'employai aucun des moyens que j'avais emportés avec moi, je pensai à la compression de l'aorte. Là était la difficulté ; je montrai à la sage-femme le *modus faciendi* et, après quelques minutes, je vis l'écoulement diminuer, peu, il est vrai, tout d'abord, mais cependant assez sensiblement. Comme j'étais à la campagne, je n'avais point de confrère à ma disposition ; cependant je trouvai une personne intelligente et forte et je lui appris à faire cette compression. Pendant ce temps j'introduisis, avec beaucoup de précaution, une portion de la main dans la cavité utérine et j'eus le bonheur de détacher du fond de cette cavité la dernière portion du placenta.

Je dois faire remarquer que l'introduction avait été assez facile, attendu que l'utérus s'était peu rétracté et que la sage-femme n'avait point songé, comme il se fait souvent, à donner du seigle ergoté pour amener de nouvelles contractions utérines tendant à expulser le placenta.

Je fis continuer la compression aortique, qui dura environ une heure et demie, et tout se termina d'une façon heureuse. Je fis administrer des cordiaux et la malade reprit un peu de

force. Cependant je dois ajouter que la convalescence fut très-longue et que ce n'est qu'au bout de six mois que la malade put vaquer aux soins du ménage.

Puissent les nouveaux faits que je livre aujourd'hui à la publicité contribuer à porter dans l'esprit de mes lecteurs la conviction qui m'anime, et j'aurai la satisfaction de me dire que, comme Chailly, Cazeaux et les autres partisans de la compression aortique, je puis contribuer à sauver la vie de quelques mères et épargner à quelques-uns de mes confrères la douleur de voir mourir sous leurs yeux une femme un instant encore auparavant pleine de jeunesse et de santé !

EXTRAIT DU BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE

Paris. — Typographie A. HENNUYER, rue d'Arcet, 7.

WITHDRAWN
by the
AUTHOR.